

Condições de vida e de saúde das famílias adscritas a Unidades de Saúde da Família#

Health status and living conditions of families ascribed to the Family Health Units

Tatiana de Oliveira Sato*

Patricia Driusso**

Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim**

Thelma Simões Matsukura**

Marcia Regina Cangiani Fabbro**

Ana Cláudia Garcia de Oliveira Duarte**

Ana Silvia Moccellini***

Tania de Fátima Salvini**

Silvia Helena Zem-Mascarenhas**

74

Resumo

O Sistema Único de Saúde vem buscando redirecionar o modelo de atenção, do foco em ações e serviços centrados na atenção curativa e hospitalar para um cuidado centrado nas necessidades de saúde, com ênfase em ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde aparece como a porta de entrada para as necessidades e problemas de saúde de toda a população, tornando importante o conhecimento do perfil demográfico e epidemiológico para o desenvolvimento de suas ações. O objetivo do estudo foi caracterizar as condições de vida e de saúde da população adscrita às Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos-SP. Participaram do estudo 2407 famílias, de 16 Unidades de Saúde da Família. Utilizou-se um formulário padronizado. Entrevistas foram realizadas com a pessoa responsável pelo domicílio. Os dados foram digitados no programa Epi Info e analisados de forma descritiva. Quanto à escolaridade, 41,1% possuíam ensino fundamental incompleto. Em geral, as casas eram próprias (76,2%), possuíam fornecimento de água (98,4%), esgotamento sanitário (97,5%) e coleta de lixo (92,1%). Os problemas de saúde mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica (10,5%), alterações do sistema musculoesquelético (6,8%) e respiratório (5,7%). As necessidades clínicas mais citadas foram cuidados odontológicos (12,8%), investigação clínica (12,7%) e prática de atividade física (9,9%). Este levantamento permitiu traçar o perfil demográfico e epidemiológico da população. Os problemas de saúde mais frequentes são doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Epidemiologia. Fatores de Risco. Pesquisa Interdisciplinar. Inquéritos de Morbidade.

Abstract

The Health System is seeking to redirect the attention model, with the focus on programs and services centered on curative and hospital care for care focused on health needs, with emphasis on health promotion and diseases prevention. In this context, the Primary Health Care appears as the gateway to the needs and health problems of the population, making it important to know the demographic and epidemiological profile for the development of their actions. The aim of this study was to characterize the living conditions and health of the population assigned to the Family Health Units in São Carlos / SP. The study was conducted with 2407 families from 16 Family Health Units. We used a standardized form. Interviews were conducted with the person responsible for the household present at the time of the survey. Data were entered into Epi Info and descriptively analyzed. Regarding schooling 41.1% has incomplete primary education. The houses are mostly of their own (76.2%), have water supply (98.4%), sewage (97.5%) and garbage collection (92.1%). The most common health problems were hypertension (10.5%), alterations in musculoskeletal system (6.8%) and respiratory system (5.7%). The most cited health needs were dental care (12.8%), clinical investigation (12.7%) and physical activity (9.9%). From this survey it was possible to determine the demographic and epidemiological profiles of the population. The most common health problems are non-communicable chronic diseases.

Keywords: Unified Health System. Epidemiology. Risk Factors. Interdisciplinary Research. Morbidity Surveys.

DOI: 10.15343/0104-7809.201539017483

Este estudo foi parcialmente financiado com recursos da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde por meio de bolsas para estudantes, preceptores e tutores do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde; n. do processo: 25000.666709/2009-40). Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq; n. do processo: 472552/2012-4.

* Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. E-mail: tatisato@gmail.com

** Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

*** Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

Os serviços que compõem a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias, disponibilizados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham¹.

A APS deve ser a porta de entrada para todas as necessidades e problemas de saúde da população, oferecendo atenção ao indivíduo, sua família e comunidade, e não somente à doença. É mediante a APS como ideário e à Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária que o Sistema Único de Saúde (SUS) busca redirecionar o modelo de atenção, do foco em ações e serviços centrados na atenção curativa e hospitalar para um cuidado voltado às necessidades de saúde, com ênfase em ações de promoção de saúde e prevenção de doenças². A ESF deve estar integrada à rede de serviços de saúde, primando pela integralidade, assegurando referência e contrarreferência para os diversos níveis de atenção, além de universalidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social^{3,4}.

Dessa forma, para o desenvolvimento das ações, torna-se necessário conhecer o perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita, por meio de registros clínicos ou inquéritos de morbidade. Os inquéritos de morbidade permitem superar algumas limitações encontradas em registros existentes nos serviços de saúde, tais como a omissão de informações e a qualidade do registro; e torna possível realizar um planejamento das ações das equipes multiprofissionais de saúde da família, com base nas condições de saúde e necessidades clínicas dos usuários⁵.

Diante disso, este estudo teve por objetivo realizar uma caracterização das condições de vida e de saúde da população adscrita às Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos-SP de forma a identificar o perfil demográfico e epidemiológico.

MÉTODO

Local

O estudo foi realizado com famílias adscritas a 16 Unidades de Saúde da Família (USF), que correspondiam à totalidade das USF do município de São Carlos, interior do Estado de São Paulo, no momento da coleta dos dados. As entrevistas foram realizadas nos domicílios por estudantes dos cursos da área de saúde da Universidade, bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde / Saúde da Família da Universidade Federal de São Carlos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos (PET-Saúde/SF da UFSCar/SMS de São Carlos).

Participantes

Foram definidos como participantes deste estudo os usuários cadastrados nas USF do município de São Carlos-SP. Para a realização da pesquisa, considerou-se a representatividade da amostra com margem de erro de 3%.

Os critérios de inclusão aplicados foram: família deveria estar cadastrada no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e ser selecionada de forma aleatória, por meio de sorteio. Foram excluídas do estudo as famílias que, após três tentativas de contato, em dias e horários diferentes, não fossem encontradas no domicílio; famílias que se recusaram a participar; e famílias nas quais o respondente apresentava déficit cognitivo que interferisse na aplicação do questionário.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, sob parecer n. 247/2009.

O método estatístico aplicado para a seleção das famílias utilizou um plano amostral probabilístico. Para amostragem, foram analisadas as características da população, composta por todas as famílias que estão cadastradas junto às USF do município. Após verificação das características populacionais e levando-se em consideração as questões a serem levantadas, foi feita a opção por um plano de amostragem probabilístico estratificado.

Esse plano de amostragem é utilizado nos casos em que a população de interesse pode

ser estratificada e são necessários representantes de cada estrato na amostra, a partir da seleção de uma amostra aleatória simples. Ela apresenta vantagens em termos de representatividade e de economia nos custos, tendo em vista que pode propiciar uma redução de até 40% no tamanho da amostra final, além de não alterar o cálculo das estatísticas⁶. No caso em questão, as USF foram consideradas estratos primários, e as micro áreas, estratos secundários, das quais foram selecionadas amostras aleatórias simples.

Para o cálculo do tamanho amostral, foram especificadas a natureza das questões e as características que possibilitassem a estratificação da população em estratos homogêneos. Como os dados foram levantados a partir da aplicação de um questionário extenso, optou-se pela regra do equilíbrio em termos de combinação de precisão exigida e variabilidade nas respostas de todas as questões. Assim, o tamanho amostral foi determinado em função de se obter resultados precisos para todas as questões com respostas qualitativas que possuem até 10 respostas diferentes, ou seja, que podem ser modeladas estatisticamente por modelos multinomiais com até 10 categorias distintas. Esse tamanho de amostras oferece respostas com a precisão determinada para todas as variáveis numéricas do estudo. Tendo em vista os parâmetros populacionais, foram elaborados os cálculos do tamanho amostral, a partir do qual utilizou-se o gerador de números aleatórios do *software* estatístico MINITAB 15 para selecionar as famílias em cada microárea. As listagens foram usadas pelos pesquisadores para a realização das entrevistas.

Instrumento

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário desenvolvido pelos participantes do PET-Saúde/SF da UFSCar/SMS de São Carlos, que busca caracterizar as condições de vida e de saúde e fornecer um diagnóstico de demandas da população usuária de serviços de atenção básica. Esse instrumento, denominado QPET-UFSCar, é composto por 55 questões que abordam a composição familiar, situação

de saúde e caracterização de cada membro do grupo, bem como aspectos específicos acerca da utilização dos serviços de saúde disponíveis, hábitos e práticas de saúde e sociais, condições de moradia, entre outros.

Procedimentos

A partir da identificação de instrumentos de coleta de dados utilizados em estudos da área e de informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foram elencadas as informações relevantes para essa etapa de diagnóstico, gerando a versão inicial do formulário (versão 1).

Concomitantemente ao processo de revisão de literatura e identificação de diferentes instrumentos utilizados em estudos epidemiológicos, solicitou-se aos representantes de cada curso da saúde que sugerissem questões que embasam intervenções específicas ou interdisciplinares pertinentes ao diagnóstico e que ainda não estivessem contempladas na versão inicial. Dessa forma, as sugestões foram enviadas e, após a análise de adequação, foram incorporadas ao instrumento, gerando a versão para aplicação (versão 2).

Com o objetivo de testar o uso do instrumento, a versão 2 do formulário foi enviada a todos os envolvidos no projeto, aos quais foi solicitado que compartilhassem com seus pares o conteúdo do instrumento, realizassem discussões e encaminhassem as sugestões para a coordenação do PET-Saúde/SF UFSCar/SMS São Carlos.

Em fórum geral, todas as sugestões foram apresentadas, e as pertinentes a essa etapa de diagnóstico foram incorporadas ao instrumento. Nesse momento, houve inclusão e retirada de algumas questões. O resultado de tal processo foi a 3ª versão do QPET-UFSCar. Com o intuito de verificar a adequação do instrumento e avaliar questões relativas à compreensão dos itens e formas de aplicação, foram realizadas aplicações-teste. A aplicação-teste foi organizada de forma a permitir que cada aluno realizasse três aplicações do questionário junto a famílias vinculadas às USF, gerando 180 aplicações. Ela permitiu que as questões e instruções para o preenchimento do QPET-UFSCar fossem reorganizadas e ampliadas, considerando-se, nessa

etapa, a realidade identificada junto aos usuários, de forma a assegurar que todas as variáveis pertinentes fossem contempladas.

Após agregar as sugestões e modificações, o formulário foi novamente apresentado a todos os alunos e preceptores em reuniões setoriais nas quais foram realizados os esclarecimentos finais para a aplicação. Assim, tem-se a versão final do QPET-UFSCar.

Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada por 72 estudantes da área da saúde da UFSCar, com apoio dos preceptores e tutores do PET-Saúde. A partir da listagem do número SIAB, as famílias sorteadas eram localizadas por meio do endereço, e os alunos iam até o domicílio para coleta dos dados. As entrevistas foram realizadas com a pessoa responsável pelo domicílio, que tivesse idade superior a 18 anos. Os estudantes eram identificados com jaleco e crachá e informavam ao usuário os objetivos do estudo e a opção de participar ou não do estudo, sendo que o usuário era informado explicitamente que a não participação não implicaria qualquer ônus ou

constrangimento perante a equipe de saúde. Cada entrevista durava em torno de 30 minutos.

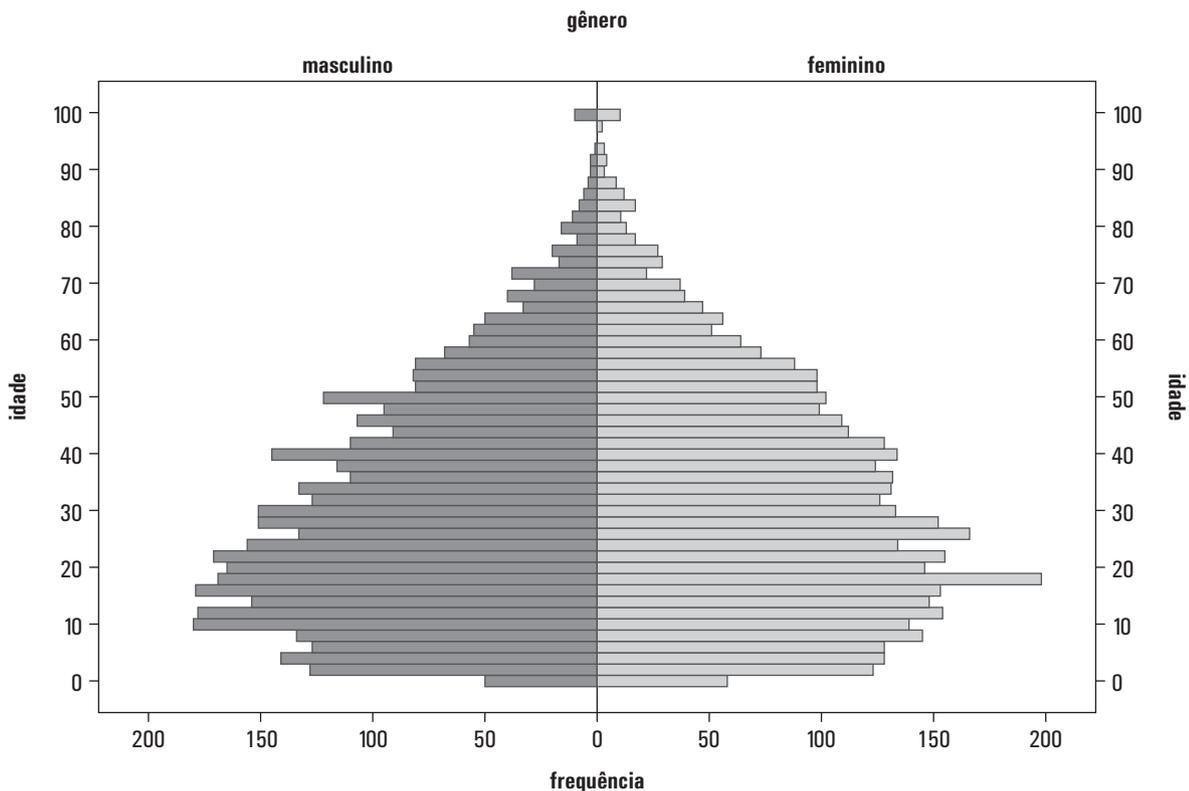
Os formulários foram digitados no programa Epi Info, sendo que, após a digitação, procedeu-se uma análise criteriosa da consistência dos resultados, sendo necessária verificação dos formulários digitados para checagem e correção de dados inconsistentes. Os dados foram analisados de forma descritiva, visando a caracterizar a amostra de famílias entrevistadas.

RESULTADOS

O plano amostral estabelecido foi de 2697 famílias, das quais 2407 foram entrevistadas, totalizando 89,2% da amostra planejada. As famílias entrevistadas totalizaram 8844 pessoas, sendo o número médio de pessoas na família de 3,7, variando de uma a dezoito pessoas.

A proporção de homens (49,8%) e mulheres (50,2%) foi similar. A Figura 1 mostra a pirâmide etária da amostra, podendo-se notar maior proporção de pessoas entre 19 e 59 anos (adultos). Nota-se redução na proporção de crianças em relação ao número de adultos.

Figura 1. Pirâmide etária da amostra de usuários adscritos às Unidades de Saúde da Família (2009-2010).



Considerando-se usuários com idade superior a 18 anos, o nível de escolaridade foi predominantemente fundamental incompleto (35,8%), seguido de ensino técnico (29,6%), fundamental completo (12,6%), ensino médio incompleto (9,7%), nenhum grau de escolaridade ou analfabeto (7,1%). Apenas 5,2% da amostra possuía nível superior, sendo 2,1% incompleto e 3,1% completo.

Quanto à situação conjugal, 64,7% da amostra com idade superior a 18 anos possuía vida conjugal (casado e união estável) e 35,3% não possuía, sendo que essa categoria inclui solteiros, divorciados, separados e viúvos.

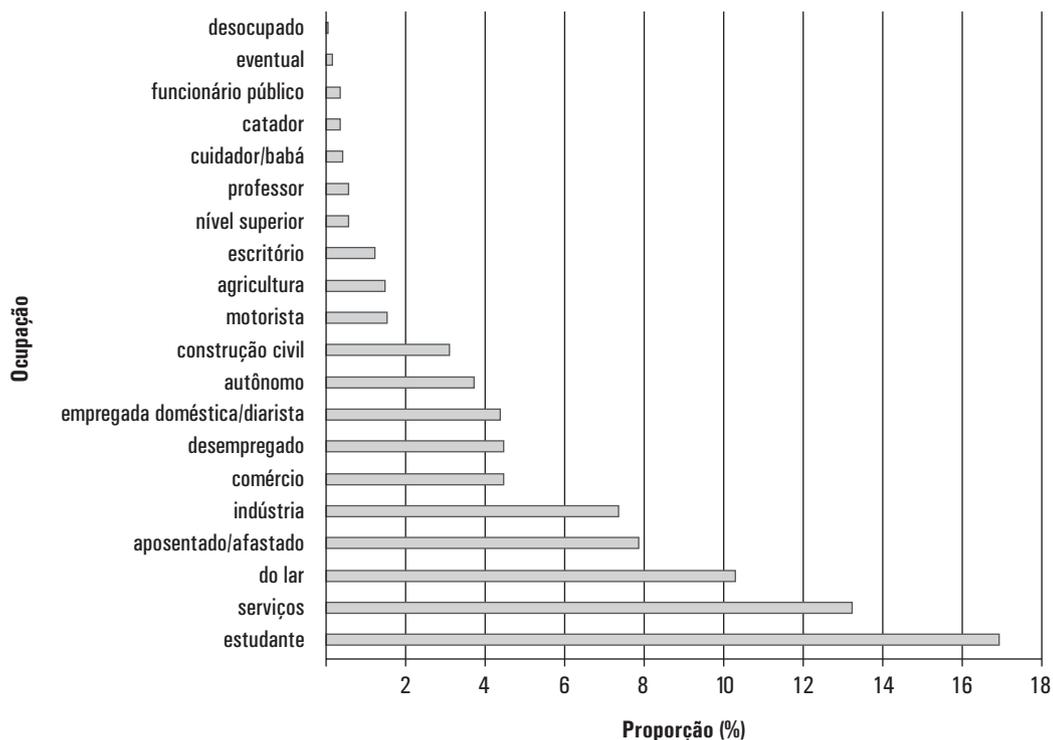
Em relação às condições de moradia, 76,2% das casas eram próprias, 15,6% eram alugadas e os restantes 8,2% se distribuíam em cedidas (5,6%), temporárias (1,1%) e outros (1,5%). Quase a totalidade das casas era de alvenaria (98,9%), 1,1% era de madeira ou material reaproveitado. As casas possuíam, em média, 5

cômodos, sendo que, na maior parte das casas, 2 cômodos eram usados para dormir. Em 98,4% das casas, o abastecimento de água era oferecido por rede pública, e, em 61,1% das casas, a água que a família ingeria era filtrada. Ressalta-se que 4,9% das famílias não realizavam nenhum tipo de tratamento da água. Quanto ao fornecimento de energia elétrica, 99,5% possuíam energia elétrica no domicílio, e, em 97,5% das casas, o esgotamento sanitário era feito pela rede pública. O lixo era destinado para coleta em 92,1% das casas.

A maioria (59,7%) das famílias possuía animal doméstico; 43,7% das famílias tinha acesso à internet, seja na própria residência seja no bairro. As ruas eram asfaltadas (95,2%) e possuíam iluminação pública (98,1%) em sua maioria.

A Figura 2 mostra as ocupações relatadas, sendo que as mais comuns foram estudantes (17%), seguida de setor de serviços (13%) e do lar (10%).

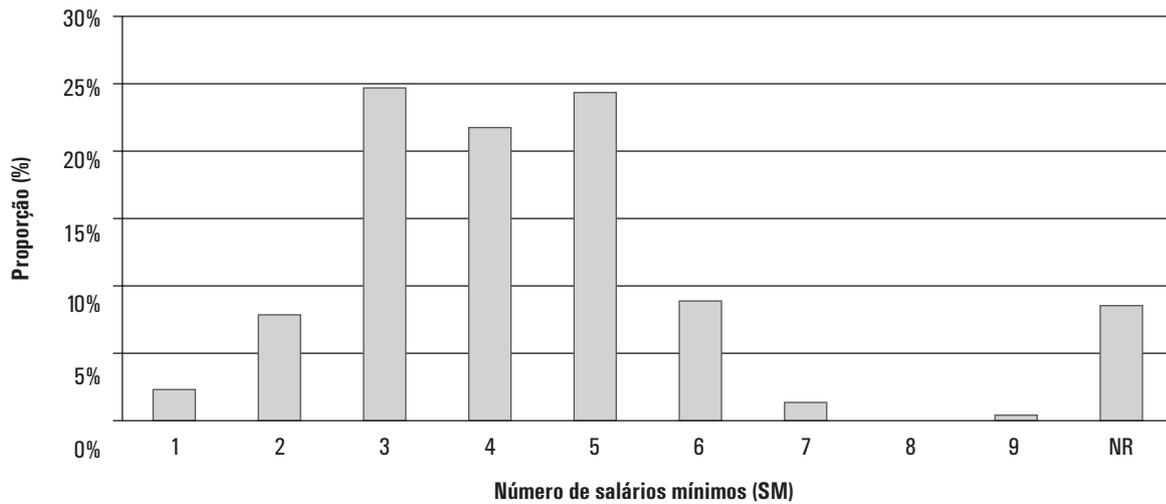
Figura 2. Distribuição das ocupações relatadas pelos usuários adscritos às USF (2009-2010).



Em relação à renda familiar, a maior parte das famílias entrevistadas tinha como principal fonte de renda familiar o salário (76,8%); 10,6% possuíam aposentadoria; 6,5% contavam com

benefício; e 0,5% não possuíam renda. A renda familiar se concentrou entre 3 e 5 salários mínimos (SM), conforme Figura 3.

Figura 3. Renda familiar, em salários mínimos, para o conjunto de famílias entrevistadas, em porcentagem (2009-2010). (NR = não respondeu)



Em relação ao acesso e uso dos equipamentos de saúde, 37% relataram utilizar os serviços da USF com regularidade; 23% utilizavam os serviços de saúde bucal da USF; 18% possuíam convênio médico particular. Entre os serviços de saúde disponíveis, o mais utilizado era a USF (58%), seguido da Unidade de Pronto

Atendimento (12%), UBS (11%) e consultório privado (9%).

A Tabela 1 mostra a prevalência dos problemas de saúde referidos pelos participantes, sendo o mais prevalente a hipertensão arterial sistêmica, seguida de alterações musculoesqueléticas e respiratórias.

Tabela 1. Queixas de saúde referidas pelos participantes (dados apresentados em %) (2009-2010).

| Condição de saúde (n = 8148) | n | Prevalência (%) | IC 95% |
|---|------|-----------------|-----------|
| Hipertensão arterial sistêmica (HAS) | 1081 | 13,2 | 12,5-14,0 |
| Alteração do sistema musculoesquelético | 704 | 8,6 | 8,0-9,3 |
| Alteração do sistema respiratório | 590 | 7,2 | 6,7-7,8 |
| Alteração do sistema cardiovascular | 382 | 4,7 | 4,2-5,2 |
| Diabetes mellitus | 316 | 3,9 | 3,5-4,3 |
| Alteração do sistema digestivo | 244 | 3,0 | 2,6-3,4 |
| Distúrbio psiquiátrico | 224 | 2,7 | 2,4-3,1 |
| Alteração do sistema endócrino | 211 | 2,6 | 2,3-2,9 |
| Deficiência visual | 209 | 2,6 | 2,2-2,9 |
| Alteração do sistema neurológico | 198 | 2,4 | 2,1-2,8 |
| Alteração do sistema urinário | 108 | 1,3 | 1,1-1,6 |
| Deficiência sensorial | 69 | 0,8 | 0,6-1,1 |
| Anemia | 59 | 0,7 | 0,5-0,9 |
| Deficiência auditiva | 46 | 0,5 | 0,4-1,7 |
| Deficiência mental | 40 | 0,5 | 0,4-0,6 |
| Deficiência física | 36 | 0,4 | 0,3-0,6 |
| Alteração do sistema reprodutivo | 34 | 0,4 | 0,3-0,6 |
| Alteração do sistema genital | 31 | 0,4 | 0,3-0,5 |
| Câncer | 29 | 0,3 | 0,2-0,5 |
| Doenças ocupacionais | 29 | 0,3 | 0,2-0,5 |
| Infecções sexualmente transmissíveis | 18 | 0,2 | 0,1-0,3 |

O tabagismo foi identificado em 15%, alcoolismo em 11% e uso de drogas ilícitas em 0,2% da amostra avaliada. A proporção de pessoas dependentes de cuidado foi de 3% na amostra total; considerando apenas os idosos, esse valor

sobe para 30%. A proporção de idosos com deficiência física foi de 9%, seguida da deficiência cognitiva (3,9%) e mental (2,3%).

A Tabela 2 mostra as principais necessidades clínicas referidas pelos indivíduos avaliados.

Tabela 2. Necessidades clínicas referidas pelos participantes (dados apresentados em % e intervalo de confiança [IC] de 95%) (2009-2010).

| Necessidades clínicas (n = 8844) | n | Proporção (%) | IC 95% |
|--------------------------------------|------|---------------|-----------|
| Cuidados odontológicos | 1131 | 12,8 | 12,1-13,5 |
| Investigação clínica | 1119 | 12,7 | 12,0-13,4 |
| Realizar atividade física | 874 | 9,9 | 9,3-10,5 |
| Educação em saúde | 768 | 8,7 | 8,1-9,3 |
| Cessar tabagismo | 685 | 7,7 | 7,2-8,3 |
| Reeducação alimentar | 404 | 4,6 | 4,1-5,0 |
| Adesão ao tratamento | 398 | 4,5 | 4,1-4,9 |
| Melhorar autocuidado | 367 | 4,1 | 3,7-4,6 |
| Apoio social | 351 | 4,0 | 3,6-4,4 |
| Encaminhamento a nível especializado | 299 | 3,4 | 3,0-3,8 |
| Melhorar convívio social | 265 | 3,0 | 2,6-3,4 |
| Realizar cirurgia | 253 | 2,9 | 2,5-3,2 |
| Cessar alcoolismo | 247 | 2,8 | 2,5-3,2 |
| Apoio em saúde mental | 155 | 1,8 | 1,5-2,1 |
| Melhorar autonomia | 130 | 1,5 | 1,2-1,7 |
| Utilizar medicação corretamente | 106 | 1,2 | 0,9-1,5 |
| Melhorar relacionamento interpessoal | 101 | 1,1 | 0,9-1,4 |
| Cessar uso de drogas | 22 | 0,2 | 0,1-0,3 |

Aproximadamente 62% das pessoas realizavam algum tipo de atividade social com regularidade, sendo a mais frequente atividade religiosa (45,0%), física (6,8%), cultural (1,5%) e política (1,2%).

DISCUSSÃO

Compuseram a amostra deste estudo 2407 famílias, em um total de 8844 pessoas. A amostra avaliada corresponde a 15% dos usuários adscritos pelas USF do município, conforme dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde⁷. A taxa de cobertura da ESF no município é de aproximadamente 27%, dados inferiores à média nacional em 2009, de 50%⁸.

As famílias entrevistadas possuíam em média 3,7 pessoas; valor muito próximo à média nacional, de 3,3 pessoas⁹. A proporção de homens

e mulheres foi muito similar, de 49,8% e 50,2%, respectivamente, valores que estão em consonância com dados nacionais e estaduais. No Brasil, atualmente, a proporção é de 48,98% de homens e 51,02% de mulheres⁹.

A pirâmide etária mostrou maior proporção de pessoas entre 19 e 59 anos (adultos) e um estreitamento na base. A distribuição etária da população brasileira está concentrada nas faixas de 10-29 anos (35,8%), indicando uma população predominantemente jovem. Ao mesmo tempo, observa-se uma redução na concentração de pessoas na faixa etária de 0-4 anos e um aumento na faixa de 30-34 anos, reflexos da diminuição da taxa de fecundidade e do envelhecimento populacional, sendo que a proporção de idosos passou de 4,8%, em 1991, para 7,4% em 2010⁹, valores próximos aos encontrados neste estudo.

O nível de escolaridade verificada no presente estudo foi baixo, sendo que 42,9% eram analfabetos ou possuíam ensino fundamental incompleto, o que é um pouco inferior aos dados nacionais, que indicam que 50,2% das pessoas possuem esse nível de instrução⁹.

Com relação às ocupações, as mais comumente referidas foram estudante (17%), setor de serviços (13%) e do lar (10%). É de se esperar que, em uma população predominantemente jovem e com baixo nível de escolaridade, existam maiores proporções de estudantes e trabalhadores no setor de serviços.

As casas eram, em sua maioria (76,2%), próprias, possuíam fornecimento de água, energia elétrica, esgotamento sanitário, asfalto, iluminação e coleta de lixo. Comparativamente às proporções nacionais e da região sudeste, os valores encontrados no presente estudo se mostram superiores, indicando melhores condições de vida, nos quais 73,5% e 71,8% das casas são próprias, 90,7% e 98,8% são de alvenaria, no Brasil e região Sudeste, respectivamente⁹. Quanto ao número de cômodos e dormitórios, a média nacional é de 5 cômodos, sendo 2 para dormir, igual aos valores encontrados em nossos resultados⁹.

Em relação à forma de abastecimento de água, no Brasil e na região Sudeste temos, respectivamente, que 82,9% e 90,3% são feitos por rede pública, 10,03% e 6,76% por poço ou nascente. Já com relação ao fornecimento de energia elétrica, 97,8% (Brasil) e 99% (região Sudeste) possuem energia elétrica, e o esgotamento sanitário é feito pela rede pública em 67,1% (Brasil) e 86,5% (região Sudeste) dos domicílios. O lixo é coletado em 87,4% das casas, sendo maior na região Sudeste (95%)⁹. Nota-se que os valores nacionais são comparáveis aos valores encontrados neste estudo.

Em relação à renda familiar, no Brasil, a maior proporção se encontra na faixa de mais de ½ a 1 salário mínimo. O percentual de pessoas sem rendimento na população de 10 anos ou mais de idade é de 35,1% na região Sudeste. O rendimento familiar mensal na região Sudeste é de 3,5 salários mínimos.

Nossos resultados apresentaram concentração dos valores de renda familiar de 3-5 salários mínimos, que estão acima dos valores encontrados na região Sudeste, indicando melhores condições de renda. Cabe ressaltar que a informação referente à renda não é confiável quando obtida por autorrelato, uma vez que pode existir viés, já que pessoas com renda maior tendem a relatar menores valores e vice-versa.

As USF eram usadas com regularidade por 37% das pessoas; 23% usavam os serviços de saúde bucal; e 18% possuíam convênio. De acordo com Paim, et al¹⁰, de 1981 a 2008, a demanda nos postos e centros de saúde aumentou consideravelmente, seguido pela demanda em clínicas particulares e odontológicas, enquanto ocorreu uma diminuição na procura de serviços hospitalares e ambulatoriais especializados. Esse fato é reflexo da mudança no modelo de atenção, priorizando as ações da atenção primária por meio da promoção da saúde e prevenção de doenças e reduzindo a busca por assistência curativa.

Dados nacionais indicam que 25,9% das pessoas possuíam convênio médico em 2008, valor superior ao encontrado neste estudo, que foi de 18%. Cabe ressaltar que essa diferença não pode ser atribuída à renda dos usuários, uma vez que os valores encontrados no presente estudo são maiores que os dados nacionais⁹. Uma possível justificativa para essa diferença pode estar relacionada à ampliação da cobertura das USF no município. No início de 2007 havia 10 equipes de Saúde da Família e, em 2010, o município já contava com 14 equipes⁷.

O problema de saúde mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (13,2%), seguida de alterações do sistema musculoesquelético (8,6%), respiratório (7,2%), cardiovascular (4,7%) e diabetes (3,9%). Dados nacionais indicam que entre 40-50% dos brasileiros com mais de 40 anos são hipertensos¹¹. Considerando a população de adultos, a prevalência de HAS é de 24,4% (Brasil) e 26,8% (região Sudeste). Assim, pode-se notar que, embora a HAS seja a condição de saúde mais prevalente na amostra, esse dado ainda parecer ser subestimado.

Diversos fatores podem explicar essa subestimativa, tais como dificuldades de diagnóstico precoce e controle sistemático da doença. Ressalta-se, também, que os dados foram obtidos por relato, não tendo sido realizada a aferição das medidas, fato que também contribui para subestimativa dos resultados. Outro fator que afeta esse resultado é a inclusão na amostra de indivíduos de todas as faixas etárias. Espera-se que, ao analisar apenas os indivíduos adultos e idosos, essa proporção seja maior.

Em relação ao diabetes, valores nacionais indicam 5,6% de prevalência, sendo 10,1% na região Sudeste; da mesma forma que para HAS, parece haver uma subestimativa dessa doença¹².

Cerca de 15% das pessoas eram tabagistas, 11% faziam uso nocivo do álcool e 0,2% declararam fazer uso de drogas ilícitas. Dados nacionais mostram valores muito similares, com 15,1% de fumantes¹². Houve intensa redução do número de tabagistas em função do Programa Nacional de Controle do Tabaco, sendo que, em 1989, a proporção de fumantes era de 34,5%¹⁰. O consumo de álcool ainda é um problema preocupante, com dados nacionais de 18% de pessoas que fazem uso nocivo do álcool¹¹, valor superior ao encontrado no presente estudo. O número de usuários de drogas ilícitas provavelmente está subestimado no presente estudo em virtude da natureza dessa informação, que envolve constrangimento por parte do respondente.

As necessidades clínicas mais citadas foram cuidados odontológicos (12,8%), investigação clínica (12,7%) e iniciar prática de atividade física (9,9%). A Saúde Bucal é uma política adotada pelo Ministério da Saúde desde 2000, por meio de incentivos financeiros para a inserção de ações e profissionais da área nas equipes de saúde da família¹³. No município de São Carlos, apenas em 2005, as primeiras equipes de saúde bucal foram credenciadas e, em 2006, cadastradas no sistema e implantadas junto à ESF, contando atualmente com 16 equipes⁷.

A necessidade de investigação clínica referida nos remete à presença de um modelo assistencial ainda ligado a aspectos curativos e

médico centrados. Isso demonstra a cultura pela busca de tecnologias, serviços especializados, medicamentos e intervenções pontuais pelas comunidades, apesar dos esforços para uma mudança do paradigma da saúde¹⁴.

As condições de vida da amostra avaliada são muito similares ao perfil demográfico nacional. Em geral, as condições de infraestrutura e moradia são adequadas, o perfil etário da amostra revela o processo de envelhecimento populacional, o que se reflete no perfil de problemas de saúde, tendo as doenças crônicas não transmissíveis como as mais prevalentes. Entretanto, os fatores de risco para esses problemas ainda são pouco referidos.

Uma das limitações deste estudo foi o tamanho amostral previsto, o qual não foi atingido, pois duas USF eram localizadas em distritos rurais do município e muitas famílias sorteadas moravam em fazendas e sítios de difícil acesso. Outra limitação está relacionada à falta de informações sobre a utilização das USF no município em períodos anteriores ao avaliado, o que poderia reforçar a tendência à mudança no modelo de atenção mais voltado a ações preventivas. Além disso, a natureza epidemiológica deste levantamento inviabilizou análises mais aprofundadas sobre os problemas de saúde. Todas as informações coletadas foram provenientes do relato do respondente e medidas diretas não foram realizadas. Estudos futuros poderão aprofundar essas questões por meio de questionários mais específicos e medições diretas com foco nos problemas de saúde mais frequentes e maior atenção aos fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis.

Por outro lado, por abranger um número representativo de pessoas, este estudo pôde traçar o perfil demográfico e epidemiológico dos usuários das USF do município. As informações obtidas, com grau de precisão adequado, indicam similaridade com dados nacionais e apontam estratégias a serem tomadas tanto no âmbito das equipes de Saúde da Família como pela gestão do município.

CONCLUSÃO

A partir desse levantamento, foi possível traçar o perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita às Unidades de Saúde

da Família do município. Essas informações são fundamentais para o planejamento das ações pelas equipes multiprofissionais e pela gestão do município.

REFERÊNCIAS

1. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata; 1978.
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
3. Noronha MGRCS, Lima Filho DL. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. *Ciêns Saúde Colet*. 2011 [acesso 30 Julho 2014];16(3):1745-54. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300011>.
4. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciêns Saúde Colet*. 2011 [acesso 30 Julho 2014];16(Supl 1):1029-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.
5. Lebrão ML. Estudos de morbidade: usos e limites. *Saúde Soc*. 1995 [acesso 30 Julho 2014];4(1-2):51-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901995000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901995000100011>.
6. Silva NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. 2a ed. São Paulo: EDUSP; 2004. 128p.
7. Brasil. Coordenação Nacional de Saúde. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2010. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família [acesso 30 Julho 2014]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php.
8. Brasil. Coordenação Nacional de Saúde. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2010. Atenção Básica e a Saúde da Família [acesso 30 Julho 2014]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>.
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Brasília: Censo demográfico; 2010. Características da população e dos domicílios: Resultados do Universo [acesso 30 Julho 2014]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_universo.shtm.
10. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 152 p.
13. Brasil. Coordenação Nacional de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família – Equipe de Saúde Bucal. Brasília; 2010 [acesso 30 Julho 2014]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/estrategia_saude_da_familia.php.
14. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 [acesso 30 Julho 2014];24(Supl 1):7-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

Recebido em: 01 de junho de 2013.
Aprovado em: 10 de outubro de 2014.